

長与町長 様

長与町認知症高齢者等おかえりサポート事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。

申請者(介護者等)住所：_____

氏名：_____

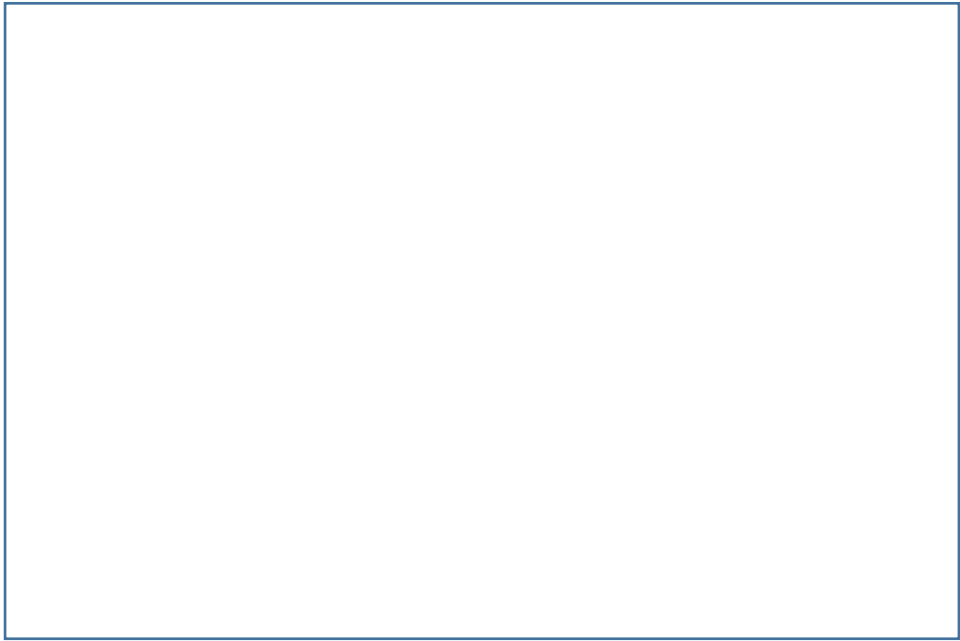
利用者との続柄：_____

電話番号：_____

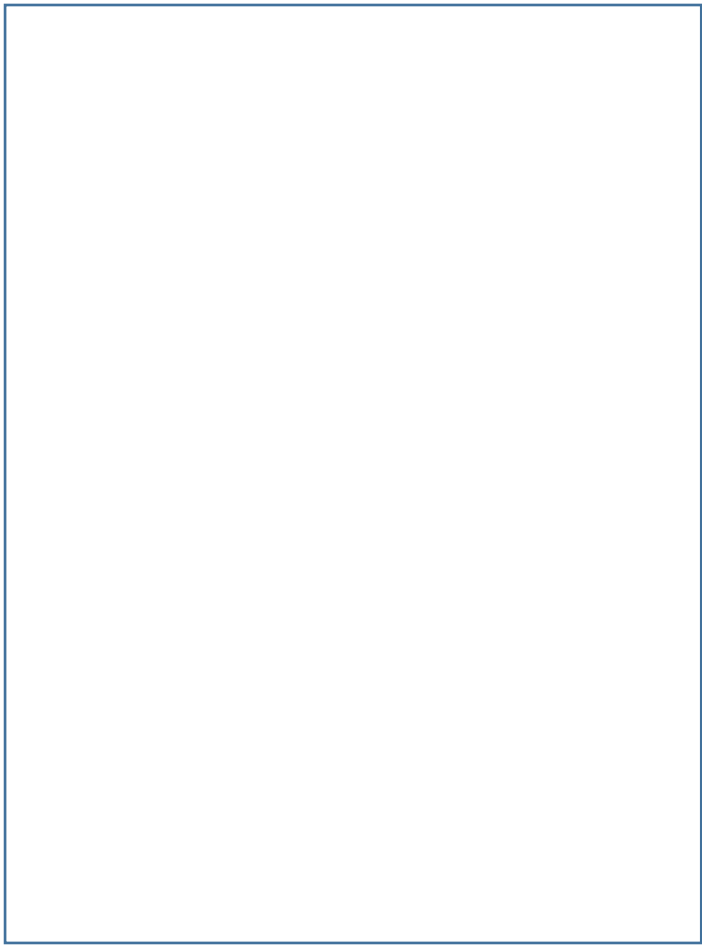
フリガナ			性	男 ・ 女	家族構成	・ 独居 ・ 高齢者のみ世帯 ・ その他（ ）	
利 用 者 氏 名			別				
住 所			電話番号				
生年月日		年 月 日	年 齢		歳（申請日現在）		
身体等 の特徴	身 長	c m	体 重		k g		
	体 格	太り気味 ・ 普通 ・ 痩せ気味 ・ 腰が曲がっている ・ その他（ ）					
	頭 髪	色：（黒髪・白髪まじり・白髪）長さ：（短髪・長髪・坊主） ・ その他（ ）					
	顔 の 特 徴	メガネ（有・無）・ひげ（有・無）・その他（ ）					
	身体の特徴						
	移 動 方 法	独歩（安定・不安定）・杖歩行・押し車・車椅子・その他（ ）					
	外 出 方 法	徒歩・タクシー・バス・列車・自転車・自動車・セニアカー ・ その他（ ）					
	外 出 範 囲	自宅周辺 ・ 町内 ・ 町外（ ） ・ その他（ ）					
	認 知 機 能 等	氏 名	・ 言える ・ 旧姓を言える（旧姓： ） ・ 言えない・その他（ ）				
		住 所	・ 言える ・ 実家を言える（ 市 町 番地 ） ・ 言えない・その他（ ）				
生年月日		・ 言える ・ 言えない ・ その他（ ）					
徘徊歴		・ 無 ・ 有（過去の発見場所： ）					
医療 介護	かかりつけ医	病院名： 主治医名： 電話番号：					
	ケアマネジャー	事業所名： 担当ケアマネ名： 電話番号：					
緊急 連絡先	第 1 連 絡 先	フリガナ	利用者との続柄				
		氏 名	電 話 番 号		自宅		
		住 所			携帯		
	第 2 連 絡 先	フリガナ	利用者との続柄				
		氏 名	電 話 番 号		自宅		
		住 所			携帯		

撮影日	年 月 日
-----	-------

【正面 顔】



【正面 全身】



＜長与町処理欄＞

個別番号 _____

- ☐時津警察署
- 年 月 日
- ☐地域包括支援センター
- 年 月 日